

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

SynDigitalPro : Repenser l'accompagnement de l'autonomie à l'heure des transitions

Livre blanc



Repenser l'accompagnement de l'autonomie à l'heure des transitions

imprint

© 2025 SynDigitalPro
Tous droits réservés.
Aucune partie de ce document ne peut être
reproduite, sans l'autorisation expresse des
auteurs.
Toute demande peut être envoyée à :
info@ozconsulting.be.
LB 3

Introduction

Le vieillissement de la population constitue aujourd'hui l'un des défis majeurs auxquels nos sociétés sont confrontées. L'allongement de l'espérance de vie, s'il représente une avancée indéniable sur le plan sanitaire et social, met cependant en tension des modèles d'accompagnement qui peinent à évoluer au même rythme. Les systèmes de santé sont soumis à une pression croissante, les professionnels se raréfient, les parcours se fragmentent et les inégalités territoriales se creusent. Ces constats interrogent directement notre capacité collective à préserver l'autonomie des personnes tout en garantissant leur qualité de vie.

Dans ce contexte, l'autonomie ne peut plus être envisagée uniquement sous l'angle médico-social. Elle renvoie à des dimensions multiples qui touchent à la prévention, au maintien à domicile, à la participation sociale, à la place des proches aidants et à l'organisation même des parcours de soins et d'accompagnement. Elle suppose une approche globale, coordonnée et profondément humaine, capable de s'adapter aux besoins singuliers des personnes tout en s'inscrivant dans une logique de continuité.

Le numérique s'invite naturellement dans ces réflexions. Porteur de nombreuses promesses, il suscite autant d'attentes que de questionnements. Loin de constituer une solution autonome, il agit avant tout comme un révélateur. Il met en lumière les manques de coordination, les ruptures de parcours, mais aussi le potentiel d'innovation lorsque les outils sont conçus à partir des usages réels et au service des personnes.

C'est dans cette perspective qu'a été organisée, le 25 septembre 2025 à Courtrai, une journée d'échanges réunissant des professionnels de santé, des acteurs de terrain, des institutions et des porteurs de projets, dans le cadre du programme européen Interreg SynDigitalPro.

Cette rencontre avait pour ambition de dépasser les frontières administratives et institutionnelles afin de réfléchir collectivement à un parcours optimisé de prévention de la perte d'autonomie.

Un cadre transfrontalier pour penser autrement les parcours

Le projet Interreg SynDigitalPro s'inscrit dans une dynamique de coopération transfrontalière entre la Belgique et la France, réunissant des acteurs issus de la Flandre, de la Wallonie, des Hauts-de-France et du Grand Est autour d'enjeux communs. Ces territoires, bien que régis par des cadres institutionnels et organisationnels distincts, sont confrontés à des problématiques similaires liées au vieillissement de la population, à la pression croissante sur les systèmes de santé et à la complexification des parcours d'accompagnement.

Les échanges ont mis en évidence que la frontière, souvent perçue comme une contrainte administrative ou réglementaire, peut devenir un véritable espace d'expérimentation. La confrontation des pratiques permet de révéler des différences de culture professionnelle, de financement ou de gouvernance, mais aussi de faire émerger des complémentarités. Cette mise en regard favorise une prise de distance critique sur les modèles existants et ouvre la voie à des formes de coopération plus souples et plus adaptées aux réalités locales.

Les discussions ont également souligné que, malgré la diversité des dispositifs et des cadres légaux, les freins rencontrés sont largement partagés. Fragmentation des parcours, manque de lisibilité pour les citoyens, difficulté de coordination entre acteurs de première ligne et institutions, cloisonnement entre secteurs sanitaire, social et médico-social constituent des obstacles récurrents. Dans ce contexte, la coopération transfrontalière agit comme un levier pour repenser les parcours non pas à partir des structures, mais à partir des besoins des personnes.

« Les outils existent, les compétences sont là, mais ce qui manque encore, c'est la capacité à travailler ensemble de manière fluide. »

Prévenir la perte d'autonomie en s'appuyant sur la qualité de vie

La prévention de la perte d'autonomie a été abordée comme un processus continu, qui dépasse largement le cadre du dépistage ou de l'intervention ponctuelle. Les échanges ont insisté sur la nécessité d'agir en amont, avant l'apparition de situations de rupture, en tenant compte des trajectoires de vie, des environnements et des aspirations des personnes.

Il est apparu clairement que l'autonomie ne peut être réduite à une somme de capacités fonctionnelles mesurables. Elle se construit et se maintient dans la possibilité de continuer à faire ce qui a du sens pour soi, de préserver des habitudes de vie choisies et de maintenir des relations sociales. Cette approche implique de déplacer le regard des déficits vers les ressources, et de considérer la prévention comme un accompagnement du quotidien plutôt que comme une réponse à une perte déjà installée.

Les débats ont également mis en lumière l'importance de la temporalité. La prévention nécessite du temps, de la répétition et une inscription dans la durée. Elle suppose des parcours lisibles, capables d'articuler information, sensibilisation, accompagnement et suivi, tout en évitant les ruptures entre les différents intervenants. Cette continuité repose sur une meilleure coordination entre professionnels et sur une reconnaissance mutuelle des rôles de chacun.

Les aidants, les oubliés de la prévention

Une question traverse l'ensemble des discussions : et les aidants ? Ces personnes qui accompagnent au quotidien un proche en perte d'autonomie sont elles-mêmes exposées à un risque majeur de fragilité.

Les coordinatrices de la CSD privilégient le bien-être des aidants proches, car ce sont eux qui viennent en aide aux patients. Tout est fait pour qu'ils tiennent le coup : mise en place d'aides familiales pour les soulager, questionnement constant sur leurs besoins, mise à disposition de personnes auprès des malades pour leur permettre de prendre l'air.

Quand il n'y a pas d'aidants proches dans une situation, les services à domicile prennent le relais, mais ces aidants sont considérés comme précieux et doivent être préservés. Cette préoccupation résonne comme un impératif éthique et pratique : préserver les aidants, c'est garantir la pérennité du maintien à domicile.

ICOPE, un cadre commun en construction

Le programme ICOPE (Integrated Care for Older People), porté par l'Organisation mondiale de la santé depuis 2017, structure aujourd'hui les réflexions nationales et régionales en matière de prévention de la perte d'autonomie. Lors de la journée, il a été présenté comme un cadre de référence commun, largement partagé par les acteurs, tout en faisant l'objet de débats nourris quant à ses conditions de déploiement sur le terrain. En France, son inscription dans la loi du 8 avril 2024 visant à bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, puis l'annonce en juillet 2025 de la généralisation de la phase 1, traduisent une volonté politique forte, qui se heurte néanmoins à des réalités opérationnelles complexes.

Dans les Hauts-de-France, le Gérontopôle, créé en juillet 2023 par le Conseil régional, l'ARS, la CARSAT et les CHU d'Amiens et de Lille, a été missionné pour établir un état des lieux des actions relevant de la stratégie ICOPE. Les échanges ont souligné l'importance de cette cartographie, dans un contexte marqué par la coexistence de nombreux dispositifs partiels, parfois peu visibles et insuffisamment articulés entre eux.

ICOPE repose sur un parcours structuré en quatre étapes, centré sur six capacités clés que sont la vision, l'audition, la mobilité, la cognition, la nutrition et l'humeur. L'objectif est de détecter précocement les fragilités afin de mettre en place des actions adaptées, en amont des situations de dépendance, tout en maintenant la qualité de vie.

- ▶ **Le repérage** : dépistage rapide des six capacités, réalisable en auto-évaluation, par des professionnels ou des acteurs de proximité. Cette étape a été présentée comme déterminante pour toucher des publics éloignés, sous réserve d'une formation adaptée aux outils.
- ▶ **L'évaluation** : approfondissement de la situation en cas de fragilité, réalisé par un médecin, parfois avec l'appui d'un infirmier en pratique avancée. Elle permet d'orienter le parcours dans un contexte de ressources médicales limitées.
- ▶ **L'action** : construction d'un plan personnalisé associant prévention, accompagnement et orientation. Les discussions ont souligné l'importance d'une démarche co-construite pour favoriser l'adhésion de la personne.
- ▶ **Le suivi** : inscription du parcours dans la durée par l'adaptation des actions et la coordination des acteurs. Cette étape reste l'une des plus fragiles, faute de temps, de moyens et d'outils partagés.

L'enquête menée dans les Hauts-de-France a montré qu'au 29 août 2025, 135 structures avaient répondu, dont 103 se déclaraient opérationnelles sur au moins une phase du parcours ICOPE. Si cette richesse témoigne d'une dynamique réelle, elle révèle également les limites du dispositif.

Plusieurs limites structurelles ont été identifiées, notamment une rémunération jugée insuffisante, une coordination encore lacunaire entre les différentes étapes et une communication perfectible. Les priorités dégagées portent sur le renforcement de la formation, l'élargissement des acteurs mobilisés et la construction d'un modèle médico-économique plus robuste.

L'ergothérapie, remettre l'activité au cœur

L'ASBL Ergo 2.0 fédère une quatre-vingtaine d'ergothérapeutes de première ligne en Wallonie et à Bruxelles. Elle s'inscrit dans une logique de co-construction d'actions de dépistage et d'accompagnement, à la fois individuelles et collectives, ancrées dans les réalités du terrain.

L'ergothérapie se distingue par une approche centrée sur l'activité, entendue comme ce qui fait sens pour la personne. L'accompagnement repose sur l'identification d'activités significatives, leur décomposition en tâches concrètes, la mise en place d'un entraînement adapté et l'évaluation du vécu et de la satisfaction de la personne. Cette entrée par la motivation constitue un levier essentiel pour favoriser l'adhésion et l'engagement dans le parcours.

Il est apparu que cette approche est en mesure de transformer des situations initialement bloquées. En s'appuyant sur les priorités exprimées par les personnes, le travail sur les capacités gagne en pertinence et permet de faire émerger, progressivement, d'autres dimensions de l'autonomie, parfois jusque-là mises à distance.

Sur le plan collectif, Ergo 2.0 développe plusieurs actions complémentaires, allant de séances d'information « Vivre et vieillir en santé » à des ateliers de dépistage de la fragilité et de prévention des chutes. Les permanences ICOPE en groupe associent information, ateliers thématiques et auto-évaluation dans un cadre volontairement convivial et non médicalisé. Elles favorisent la prise de conscience, les échanges entre pairs et montrent que certaines situations de fragilité peuvent évoluer positivement lorsqu'un accompagnement adapté est proposé.

Ces dispositifs accordent une place centrale à la convivialité et au lien social, considérés comme des composantes à part entière de la prévention. Dans certains territoires, cette dynamique collective a conduit les citoyens à s'impliquer directement dans la mise en place d'actions locales, renforçant ainsi le pouvoir d'agir et l'appropriation des projets.

En accompagnement individuel à domicile, Ergo 2.0 s'appuie sur l'évaluation ICOPE et sur l'application Andaman7, qui permet aux personnes de rester propriétaires de leurs données de santé. Le croisement progressif de ces données avec d'autres indicateurs vise à détecter plus précocement des changements de situation, dans une logique de transparence, de consentement et d'empowerment.



Véronique Legrain, fondatrice & administratrice déléguée Ergo2.0 asbl :
« Le premier temps, c'est d'abord de réfléchir avec la personne à l'activité qui a du sens pour elle. Quelle est l'activité qui lui donne envie de se lever le matin ? Qu'est-ce qui lui donne envie de vivre et de rester debout ? »

Mesurer la pré-fragilité pour agir avant la dépendance

Fondée en 2017, IDP Santé s'appuie sur les travaux scientifiques relatifs à la fragilité pour repenser la prévention de la perte d'autonomie. Le projet repose sur une distinction essentielle entre robustesse, pré-fragilité et fragilité, cette phase intermédiaire constituant un moment clé où les situations restent réversibles. L'enjeu majeur ne réside pas dans l'âge, mais dans l'identification précoce des signaux faibles afin d'intervenir avant l'entrée dans un cycle de dépendance.

Dans cette logique, IDP Santé a développé un outil de repérage destiné à objectiver ces signaux faibles et à soutenir la pratique des médecins généralistes. Conçu comme une aide à la décision, il permet d'obtenir, en un temps limité, une lecture globale de la situation de la personne. La fragilité y est abordée de manière multidimensionnelle, intégrant des dimensions physiques, psychologiques, sociales et nutritionnelles, afin de dépasser une approche centrée uniquement sur le risque de chute.

Les discussions ont toutefois mis en évidence une limite largement partagée par les acteurs présents : la mesure seule ne suffit pas. Identifier une situation de pré-fragilité sans être en capacité de proposer une réponse concrète et coordonnée interroge le sens même de la démarche de prévention. Cette question du relais et de la prise en charge a occupé une place centrale dans les échanges. Pour y répondre, IDP Santé a fait le choix de développer des parcours complets, articulant repérage, mesure et accompagnement.

Cette approche se traduit notamment par la création de centres de santé dédiés à la prévention, regroupant plusieurs professionnels afin d'apporter une réponse immédiate aux fragilités identifiées. Elle se décline également à travers des actions de proximité et des journées de prévention, destinées à toucher des publics qui ne se perçoivent pas comme concernés par le système de soins.

L'intégration du programme ICOPE dans cette démarche renforce la cohérence du parcours. Les bilans réalisés peuvent être transmis directement au médecin traitant, consolidant son rôle de coordinateur et évitant la multiplication de dispositifs déconnectés des pratiques existantes. La question du financement, du temps disponible pour les professionnels et de la reconnaissance de la prévention comme activité à part entière a néanmoins été identifiée comme un enjeu majeur pour la pérennisation de ces modèles.

Enfin, l'importance accordée à la propriété des données et à l'acceptabilité des outils numériques a été clairement affirmée. Le choix de maintenir la personne comme unique propriétaire de ses données et de développer des solutions accessibles, y compris pour les publics en difficulté avec l'écrit, témoigne d'une volonté de faire du numérique un appui au parcours, et non un facteur supplémentaire de complexité.



Serge Le Faucheur, président IDP santé :

« La pré-fragilité est réversible. La fragilité, elle, ne l'est pas. »

Vers des parcours de prévention

La dernière intervention de la journée a constitué un temps d'arrêt volontaire, pensé pour prendre du recul et mettre en regard les réalités du terrain. Après avoir abordé différents dispositifs, retours d'expérience et outils, ce moment collectif a permis de faire émerger une réflexion commune sur les conditions nécessaires à la construction de parcours de prévention et d'accompagnement réellement intégrés, capables de répondre à la perte d'autonomie dans toute sa complexité.

Un constat s'est rapidement imposé. Les initiatives sont nombreuses, les professionnels engagés, mais les parcours demeurent fragmentés. Cette situation ne résulte ni d'un manque de compétences ni d'une absence de solutions, mais bien de la difficulté persistante à faire circuler l'information de manière fluide entre les acteurs.

Chacun agit avec sérieux dans son champ d'intervention, souvent à l'aide d'outils différents, sans toujours disposer d'un cadre permettant de partager ce qui est observé ou compris de la situation globale de la personne accompagnée. Cette fragmentation apparaît de façon particulièrement marquée aux moments de transition, notamment entre l'hôpital et le domicile, lorsque l'événement immédiat est traité sans que les causes profondes ne le soient pleinement, exposant les personnes à des retours répétés dans le système de soins.

À cette réalité s'ajoute une contrainte largement partagée : le manque de temps. La coordination et le travail pluridisciplinaire se heurtent à la pression de l'activité quotidienne, l'urgence prenant souvent le pas sur l'organisation collective. Certaines expériences montrent toutefois que la reconnaissance, même limitée, du temps dédié à la coordination renforce la cohérence des accompagnements autour du patient.

La question des outils numériques révèle, elle aussi, un paradoxe. Les solutions sont nombreuses mais leur usage demeure dispersé, inégal et souvent peu intégré aux pratiques. Chaque institution s'appuie sur ses propres outils, rarement interopérables, fréquemment perçus comme complexes ou méconnus. Un constat s'impose : un outil ne crée de valeur que s'il est partagé, compris et réellement investi par les professionnels.

Au-delà des dispositifs techniques, plusieurs leviers apparaissent clairement. La formation et la sensibilisation des professionnels, le renforcement de la coordination par des fonctions dédiées et l'anticipation des situations sont déterminants pour éviter les ruptures de parcours.

Enfin, la personne accompagnée doit rester au centre du dispositif, comme acteur de son parcours, en lien avec ses proches et son environnement. La perte d'autonomie dépasse en effet le seul champ médical et s'inscrit dans une réalité sociale et territoriale plus large.

En conclusion, cette séquence n'a pas visé à proposer des solutions clés en main, mais à faire émerger une compréhension partagée. Un parcours intégré ne se décrète pas : il se construit dans la durée, par la coopération, la confiance et le temps accordé au travail collectif, afin de passer de réponses ponctuelles à un accompagnement cohérent, durable et humain.

Conclusion

Au terme de cette journée, un constat s'impose avec netteté. La prévention de la perte d'autonomie n'est ni une question d'âge, ni une affaire de dispositifs isolés. Elle traverse les parcours de vie, mobilise une diversité d'acteurs et interroge profondément notre capacité collective à travailler autrement, dans la durée et au plus près des réalités de terrain. Les interventions ont montré que les outils existent.

Des cadres de référence sont posés, des démarches structurantes comme ICOPE sont déployées, des solutions numériques permettent de mieux repérer les fragilités, d'objectiver les situations et d'apporter une aide à la décision. Pourtant, ces avancées ne produisent pleinement leur effet que lorsqu'elles s'inscrivent dans des parcours lisibles, coordonnés et accessibles. La question centrale n'est donc pas tant celle de l'innovation que celle de l'articulation, du passage de la détection à l'accompagnement, puis du suivi dans le temps.

Tout au long de la journée, les mêmes enjeux sont revenus, avec force et constance. La difficulté à faire circuler l'information entre les acteurs, notamment entre l'hôpital et le domicile, le manque de temps dédié à la coordination, la multiplicité d'outils peu interopérables, mais aussi la nécessité de mieux former et sensibiliser les professionnels aux ressources existantes. Ces freins ne relèvent pas d'un défaut d'engagement, mais d'un système encore trop fragmenté, où chacun agit souvent avec pertinence, mais trop seul.

Les échanges ont également rappelé que la prévention ne peut être pensée sans les personnes directement concernées. Le patient n'est pas uniquement bénéficiaire d'un parcours, il en est un acteur. De la même manière, les aidants, les proches, les communautés locales et les collectivités constituent des leviers essentiels pour renforcer la capacité d'agir, favoriser l'adhésion et inscrire la prévention dans le quotidien. L'expérience montre que le collectif, lorsqu'il est reconnu et soutenu, devient un facteur de résilience et de durabilité.

Enfin, cette journée a souligné une exigence forte pour les années à venir. Prévenir la perte d'autonomie suppose d'investir dans le temps long, d'accepter que les effets ne soient pas toujours immédiatement mesurables, et de construire des modèles médico-économiques capables de soutenir l'action avant que la dépendance ne s'installe. Il s'agit moins de prouver ce qui n'est pas arrivé que de créer les conditions pour que cela n'arrive pas.

Orateurs et intervenants

Animation générale et pilotage du séminaire

Thierry Weishaupt,
Directeur Animation Partenariats Clés - Groupe VYV

Élodie Wannez,
Consultante - CHwapi

Publics visés et accompagnement à domicile

Gersende Labur,
Coordinatrice maintien à domicile et Assistante sociale – CSD

Parcours d'autonomie et prévention

Fatou Diakité,
Cheffe de projet - Gérontopôle Hauts-de-France

Véronique Legrain,
Ergothérapeute – ASBL Ergo 2.0

Céline Vanhulle,
Ergothérapeute – ASBL Ergo 2.0

Outils digitaux et innovation en prévention

Caroline Decorte,
Soins et bien-être des responsables
de projet, Ville de Blankenberge

Serge Le Faucheur,
Président IDP Santé

Jakob Decavel,
Zorginnovator chez Mintus

Intervenants complémentaires à la séquence participative

Michaël Hantz,
Ergothérapeute DE, Référent Innovation,
Santé et Technologies - LRS Hôpital Villiers
Saint Denis

Jean-Denis Vandamme,
Maître de formation pratique (MFP) section
ergothérapie à l'HEPH-Condorcet Tournai -
Hôpital Villiers Saint Denis

Gregory Descamps,
Infirmier Chef de Service - Pôle médecine au
CH Epicura

Céline Feragus,
Infirmière - LRS Hôpital Villiers Saint Denis

Les opérateurs du projet



Les opérateurs associés du projet

Observatoire Franco-Belge de la Santé

Province de Namur (Belgique)

AVIQ - Agence Wallonne de la Santé

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

Centre Hospitalier EpiCURA (Hainaut, Belgique)

Fédération des Centres de Services à Domicile (Belgique)

Centre Hospitalier de Le Quesnoy (France)

Centre Hospitalier de Maubeuge (France)

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies (France)

ELSAN - Centre de Rééducation de La Rougeville (Hauts-de-France)

Union Régionale des Mutualités françaises des Hauts-de-France

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

Cofinancement :

